

吴茱萸粉加姜汁贴敷中脘穴位防治腹腔镜术后恶心呕吐的观察

金善恩 周南阳 卢仙球 金慧英

腹腔镜手术是近年来广泛应用的微创手术,与传统手术相比,它具有切口小、恢复快及术后瘢痕小等优点,但因个体差异、麻醉药的使用、术前诱导麻醉时大量空气吸入消化道、手术中牵动脏器、CO₂人工气腹使腹内压升高等因素,导致腹腔镜手术术后恶心呕吐发生率高达53.0%~72.0%^[1-4]。因此,如何有效预防腹腔镜手术术后恶心呕吐,提高患者舒适性成为研究的热点。本次研究观察对腹部择期腹腔镜操作术的患者采用吴茱萸粉加姜汁贴敷中脘穴防治腹腔镜术后恶心呕吐发生的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2013年6月至2015年6月浙江中医药大学附属第三医院收住的择期行腹腔镜腹部手术患者90例纳入研究,纳入标准:术前1周末发生过恶心呕吐,且均未接受过抗恶心呕吐药的治疗。排除手术切口波及中脘穴者。其中男性42例、女性48例;年龄18~79岁,中位年龄43.72岁。所有患者以简单数字法随机分为两组,每组45例。两组患者年龄、性别、基础疾病详见表1,两组基线资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

表1 两组患者基础疾病比较

组别	性别(男/女)	中位年龄/岁	基础疾病/例				
			慢性胆囊炎、胆囊结石	胆囊息肉	慢性阑尾炎	肝囊肿	肾囊肿
治疗组	22/23	44.78	22	8	9	3	3
对照组	20/25	42.66	24	6	10	4	1

1.2 方法 治疗组以吴茱萸粉加姜汁贴敷中脘穴。对照组以红米粉、黑米粉、玉米粉按1:1:1比例贴敷中脘穴。两组患者均在术前6h贴敷中脘穴,术时停用,手术结束时在手术室继续贴敷中脘穴,4h后撕除,并于次日早上8点再次敷药,每天一次,连用3d,每次均保留4h。两组出现2级及以上恶心呕吐者,采用常规的选择性阻断外周与中枢神经系统的5-羟色胺3受体类药物(托烷司琼针)临时对症处理。

1.3 观察指标与疗效评价 观察两组患者术后0~6h(T₀)、6~24h(T₁)、24~48h(T₂)、48~72h(T₃)四个时间段恶心呕吐的发生情况及程度,于术前及术后72h查血常规及血肝肾功能指标监测药物安全性,

并记录治疗期间是否出现不良反应及5-羟色胺3受体拮抗药总量。按照WHO标准对恶心呕吐进行分级:①0级:无恶心、干呕等症状;②1级:有轻微恶心、腹部不适反应,可以忍受,能很快缓解;③2级:恶心严重,难以忍受但是无呕吐;④3级:严重呕吐,有内容物呕出^[5]。

1.4 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。两组患者呕吐发生率的比较采用 χ^2 检验,等级资料的比较采用秩和检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后各时段恶心呕吐发生率比较 90例患者观察期间发生恶心呕吐的病人数为36人,恶心呕吐发生率为40.00%,其中治疗组13人,恶心呕吐发生率为28.89%,对照组23人,发生率约51.11%,两

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.03.025

基金项目:浙江省中医药管理局(2014ZB056)

作者单位:310005 浙江杭州,浙江中医药大学附属第三医院外科

组比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.63, P<0.05$)。两组 术后各时间段恶心呕吐发生率见表2。

表2 两组术后各时段恶心呕吐发生率比较/例(%)

组别	时段	0级	1级	2级	3级
治疗组	T ₀	32(71.11)	6(13.33)	4(8.89)	3(6.67)
	T ₁	36(80.00)	7(15.56)	2(4.44)	0
	T ₂	37(82.22)	7(15.56)	1(2.22)	0
	T ₃	42(93.33)	3(6.67)	0	0
对照组	T ₀	23(51.11)	15(33.33)	4(8.89)	3(6.67)
	T ₁	27(60.00)	10(22.22)	4(8.89)	4(8.89)
	T ₂	32(71.11)	8(17.78)	3(6.67)	2(4.44)
	T ₃	43(95.56)	1(2.22)	1(2.22)	0

由表2可见, T₀、T₁时段, 治疗组与对照组各程度的恶心呕吐发生情况均不相同, 治疗组呕吐发生情况较轻, 差异均具有统计学意义(Z分别=-2.26、-1.99, P均<0.05)。但在T₂、T₃时段两组术后各级恶心呕吐发生率比较, 差异均无统计学意义(Z分别=-1.15、-0.78, P均>0.05)。

2.2 两组严重恶心呕吐发生病人采用5-羟色胺3受体拮抗药量比较见表3

表3 两组严重恶心呕吐发生病人采用5-羟色胺3受体拮抗药量比较

组别	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃
治疗组	14.28 ± 2.10*	12.22 ± 1.26*	8.56 ± 1.21*	-
对照组	20.64 ± 3.11	20.49 ± 3.66	19.84 ± 2.23	4.01 ± 0.04

注: *与对照组比较, P<0.05。

由表3可见, 在T₀、T₁、T₂时段, 治疗组严重呕吐患者5-羟色胺3受体拮抗药量均小于对照组, 差异具有统计学意义(t分别=2.31、2.44、2.29, P均<0.05)。

2.3 不良事件比较 所有患者均未出现因手术切口波及中脘穴而放弃贴敷, 未出现因贴敷中脘穴而感染的病例。对照组1例术后第3天贴敷部位出现瘙痒, 判断与用贴敷药潮湿致湿疹可能, 给予停贴敷, 外涂复方曲安奈德乳膏后皮疹消退; 治疗组未见皮疹等不良事件。术后72 h进行血常规及肝肾功能检查, 所有患者血常规和肝肾功能无明显异常。

3 讨论

择期行外科腹腔镜手术的患者恶心呕吐的发生率较高, 本次研究纳入病例总体术后恶心呕吐发生率达40%, 尤其是对照组有高达51%的患者出现不同程度的恶心呕吐, 分析其原因, 考虑可能与基

础疾病、麻醉药物使用、手术牵拉及人工气腹等因素, 造成对胃肠道的刺激, 通过影响乙酰胆碱、多巴胺、5-羟色胺3等神经递质, 刺激呕吐中枢和外周感受器, 最终兴奋迷走神经引起恶心呕吐有关。术后恶心呕吐的发生不可避免地造成患者痛苦、甚至引起误吸等严重并发症, 从而延长住院时间和增加住院费用。临床上通常会选择西医药物治疗, 如采用选择性阻断外周与中枢神经系统的5-羟色胺3受体而发挥作用的昂丹司琼、多拉司琼、格拉司琼、托吡西隆和阿扎司琼等药物来治疗, 虽然有不错的镇吐、止呕效果, 但是容易产生不同程度的头痛、头晕、面部潮红、过敏等副作用^[5-7]。近年来, 临床上逐渐将中药穴位贴敷疗法应用到临床, 即利用少量中草药贴敷于穴位, 通过穴位皮肤对药物的吸收, 以及药物对穴位的刺激, 起到药效和穴效的双重作用, 从而激发经络之气, 以疏通经络, 调和气血, 调整脏腑的阴阳平衡^[4]。

本次研究采用吴茱萸粉加姜汁穴位贴敷方法来预防和治疗腹腔镜手术后恶心呕吐, 主要借助吴茱萸与生姜均具有温阳散寒降逆止呕作用。吴茱萸始载于《神农本草经》, 因其性偏燥烈, 气味浓厚, 具有散寒止痛、降逆止呕、助阳止泻的功效, 是临床中医外治法应用最多的单药; 而被唐代孙思邈称为“止呕圣药”的生姜汁, 入肺、脾、胃经, 同样具有化痰止呕之功效, 两者相用, 既能制约吴茱萸之峻性, 又能增强吴茱萸温阳散寒, 和胃降逆作用。本研究选择中脘穴贴敷是考虑到中脘穴是胃经募穴, 八会穴之腑会, 手太阳、少阳、足阳明、任脉之会, 主治胃脘痛, 呕吐, 呃逆等症。

本次研究结果显示, 采用吴茱萸粉加姜汁穴位